КОГНИТИВНАЯ ТЕРАПИЯ ДЕПРЕССИЙ*

А.БЕК

Если ты опечален каким-либо внешним событием, то знай: тебя расстроило не само событие, а твое собственное суждение о нем. И теперь в твоих силах отбросить это суждение.

Марк Аврелий

ОБОСНОВАНИЕ КОГНИТИВНОГО ПОДХОДА

В разные периоды работы я применял к больным депрессией большинство подходов, описанных в современной литературе. Казалось, что отдельные методы иногда помогают, иногда дают обратный эффект. Я прямо выражал тепло и симпатию, вызывал открытое проявление гнева, поощрял пациентов интенсивно выражать чувства вины и печали, интерпретировал их «потребность в страдании», пытался повысить их самопринятие. Однако беседа о том, насколько беспомощен и жалок пациент, и побуждение его к открытому проявлению гнева зачастую лишь усугубляло депрессивное состояние; а формирование в результате терапии уничижительного образа «Я» и пессимизм просто усиливали их печаль, пассивность и самообвинение.

Со временем я обнаружил, что изобретение специальных техник для отдельных характеристик депрессивного синдрома и личности пациента значительно более эффективно, чем применение всех предшествующих подходов. Более того, этот структурированный, проблемно ориентированный подход дал результаты быстрее, чем другие методы. Наряду с этим я обнаружил, что специфические когнитивные и

* Перевод выполнен по: *A.Beck*. Cognitive therapy and emotional disorders. – New-York: American Book, 1979, ch.11, p.263-295.

бихевиоральные техники оказались наиболее эффективным средством воздействия на настроение и поведение.

Для того, чтобы понять суть когнитивного подхода к депрессиям, необходимо сформулировать проблемы депрессивных больных именно в когнитивных терминах. Характеристики депрессии могут быть рассмотрены как следствие сдвига в когнитивной организации больного. В силу доминирования в сознании определенной когнитивной схемы, такой пациент склонен рассматривать себя, свои переживания и свое будущее негативно.

Эти негативные представления отчетливо отражены в содержании размышлений пациента, в том, как он систематически ошибочно истолковывает свой опыт. Характерно, что такой больной воспринимает себя как «неудачника». Во-первых, он уверен в том, что утратил нечто очень ценное, например, личные отношения, или ему не удалось достичь того, что он считал важным. Во-вторых, он ожидает, что результат любого его начинания будет отрицательным. Таким образом, он не имеет мотивации к целеполаганию и избегает какой-либо конструктивной деятельности. Более того, он ожидает, что все его будущее будет лишено достижений и удовлетворения. В-третьих, он считает себя «ущербным» в общеупотребительном смысле – невежественным, глуповатым, недостойным теплого отношения, неуклюжим и социально непривлекательным.

Эти негативные понятия пациента дают импульс к развитию других симптомов депрессии – печали, пассивности, самообвинения, утраты переживаний удовольствия и суицидальных мыслей. По механизму порочного круга «негативное мышление», отрицательный аффект и саморазрушающие мотивации подкрепляют друг друга. Когнитивный подход к депрессии предполагает использование техник, обучающих пациента относиться к себе скорее как к «победителю», а не как к «неудачнику», как к дееспособному, а не беспомощному.

Прежде всего, когнитивный подход предполагает расчленение депрессивного синдрома на его специфические компоненты. Безусловно, терапевт может начать работу с любого симптома – эмоционального, мотивационного, когнитивного, поведенческого или физиологического – и сосредоточить свои усилия на данном кластере симптомов. Каждый кластер симптомов может быть концептуально представлен в виде некой проблемы или потенциальной мишени для вмешательства. Поскольку каждый компонент депрессии вносит вклад в развитие других компонентов, то можно ожидать, что облегчение в одной проблемной области приведет к улучшению в других, и будет распространяться в итоге на весь синдром в целом.

Рассматриваемый комплекс специфических проблем обычно сложен и выходит за рамки тех затруднений, которые представлены в вербальных отчетах пациента. В каждой проблеме можно выделить три уровня:

а) внешне наблюдаемое аномальное поведение или симптом, например, легкая утомляемость, громкий плач, суицидальные поступки;

б) стоящие за ними нарушения мотивации, такие, как желание избегать любой деятельности или уйти из жизни;

в) глубинная мотивация или кластер когнитивных образований, таких, как мысли о том, что стремиться к цели бесполезно, впереди не ожидается никакого удовлетворения, а сам пациент унижен, угнетен и ущербен.

В каждом случае выбор отдельной проблемы и специальных техник зависит от множества факторов. Терапевт должен выслушать пациента и добиться единогласия с ним в том, на какую проблему «нацелиться» и какие методы применять. В целом, для пациентов с глубокой депрессией выбирается сначала поведенческая мишень, например, инертность, и применяются специальные активирующие программы (например, «расписание ранжированных по сложности заданий» или «терапия успехом»). Конечно, в фокусе могут быть одновременно несколько мишеней и, соответственно, применяться могут несколько техник. Этот подход предполагает также некоторую долю проб и ошибок, а также изобретательность. Выбираемые техники должны быть приспособлены к потребностям и личности пациента. Изучение предъявляемого симптома должно затрагивать и другие, менее явные компоненты проблемы. Например, попытка мобилизовать больного на какую-либо деятельность не только должна включать повышение его мотивации, но и улучшение его самооценки. Собственный успешный опыт пациента в достижении цели даст ему ценную информацию, которая повлияет на его самоотношение. Если он выше оценивает себя, свою способность контролировать внешние обстоятельства и эффективно действовать в обыденных каждодневных ситуациях, он начинает ожидать, что его усилия могут оказаться полезными. Следовательно, возрастает его оптимизм. Как уже указывалось, рост положительных эмоций стимулирует мотивационные процессы, что, в свою очередь, повышает результативность деятельности.

По мере того, как пациент воспринимает и правильно оценивает улучшение результатов собственной деятельности, у него повышается самооценка. Теперь он может испытывать удовлетворение: а) оттого, что он реально чего-то достиг; б) от подъема самооценки. Очевидно, этот цикл будет выглядеть следующим образом: повышение результативности деятельности – повышение самооценки – усиление мотивации – повышение результативности деятельности. Каждый элемент данного цикла может потенциально стать мишенью для терапевтического вмешательства.

Восприятие пациентом значительного расширения его возможностей стимулирует положительные эмоции. Однако, в силу присущей пациентам склонности принижать или дискредитировать события с положительным смыслом, пациент «просматривает» многие из таких событий. Когда у

пациента обнаруживается указанная тенденция, то его избирательное внимание должно стать предметом обсуждения и применения специальной техники.

Суммируем сказанное. Нацеленный на мишени подход предполагает расчленение проблем депрессивного больного на составляющие компоненты, выбор специфической многоуровневой проблемы для вмешательства, и затем выбор типа психотерапевтического воздействия, подходящего данному пациенту.

СИМПТОМ, ТЕХНИКА И НЕАДАПТИВНЫЕ КОГНИТИВНЫЕ УСТАНОВКИ

В формулировке своего подхода к депрессии терапевту важно различать симптом, технику и лежащие в основе расстройства когнитивные посылки. Например, симптом может быть аффективным – плач, тоска, утрата самоуважения и чувства юмора, апатия. Терапевтический подход может быть бихевиоральным, – например, мобилизация пациента к большей активности и положительное подкрепление определенных видов деятельности. Однако, в конечном итоге, чтобы воздействовать на депрессивный синдром в целом, необходимо менять такой компонент, как когнитивные установки. Таким образом, выдвигается основная мишень – когнитивные модификации.

Вовлечение в конкретную деятельность, приводящую к успеху (бихевиоральный метод) может помочь нейтрализовать утверждение о том, что «будущее безнадежно, так как я не могу сделать что-нибудь конструктивное». Аналогично, негативная когнитивная установка типа «все противно» может быть видоизменена путем визуализации приятных сцен. Воображение приятных сцен также может продуцировать состояние некоторого удовлетворения, которое модифицирует когнитивную установку следующим образом: «Вполне реально, что я могу испытывать некоторое удовлетворение, а не только постоянную, непрерывную боль» (*A.Beck*, 1967).

Преимущественное сосредоточение на симптоме (например, печали, желании смерти, заторможенности) без разработки программы, нацеленной на одновременное изменение когнитивных установок, может привести только к временным результатам. На самом деле это «улучшение» может быть обманчивым, так как устранены только внешние характеристики депрессии, а сердцевина депрессивного синдрома не затронута. Пациент, ставший более деятельным и внешне производящий лучшее впечатление, может затем предпринять суицидальную попытку. Таким образом, весьма существенно, чтобы терапевт был бдительным не только к признакам симптоматического улучшения, но и к сдвигам в базисных установках пациента.

Несмотря на то, что механизм выздоровления основан на когнитивном сдвиге, для терапевта важно держать в фокусе несколько мишеней, включая симптомы, по природе аффективные или

мотивационные. Использование такого комплексного подхода необходимо в силу нескольких причин.

Развитие депрессивного синдрома может быть предотвращено путем модификации специфических компонентов «цепной реакции». Например, в результате объяснений терапевта пациент становится более конструктивным. Наблюдая за собственным поведением, он делает вывод: «Я могу сделать больше, чем я думал». Это самонаблюдение повышает его мотивацию к участию в разных видах деятельности. По мере достижения каких-либо конкретных целей улучшаются его самоотношение, его взгляд на себя и на свое будущее. Становится положительнее образ «Я» и усиливается оптимизм, что смягчает критическое отношение к себе и переживания печали. В результате пациент может начать испытывать некоторое удовлетворение. Развивая терапевтический подход так, чтобы влиять на несколько групп симптомов одновременно, терапевт может ускорить улучшение.

Важно понимать, что простое побуждение пациента к тому, чтобы вести себя менее депрессивно, не приводит автоматически к исчезновению депрессии. В результате медикаментозного лечения туберкулезный больной может перестать кашлять, поправиться и производить впечатление не столь истощенного. Однако каверны в его легких по-прежнему велики и опасны. Аналогично, больной с органическим поражением мозга может научиться в результате тренинга выполнять некоторые движения без устранения мозговых нарушений. Адекватная оценка улучшений при депрессивных состояниях требует анализа сдвигов в эмоциональной, мотивационной и когнитивных сферах, физиологических функциях (сон, аппетит), а также во внешне наблюдаемом поведении.

МЕХАНИЗМЫ КОГНИТИВНОЙ РЕОРГАНИЗАЦИИ

Для понимания техники когнитивной модификации полезной аналогией служит представление (*Kelly*, 1955) о терапевте и пациенте как об исследователях, которые сотрудничают в изучении личностных конструктов пациента. Пациент относится к своим конструктам или убеждениям так, что пока его прицельно не расспросят о них, он, как правило, не может отчетливо их сформулировать. Терапевт помогает пациенту сделать отчетливыми те убеждения, которые лежат в основе его депрессии, и затем, работая вместе с пациентом, выявляет их и проверяет их валидность.

В терапии депрессивных пациентов важно бросить вызов убеждениям, когнитивная организация которых является, по существу, «закрытой системой». Эта система не ассимилирует информацию противоположного содержания. Постулаты воспринимаются как факты. Выздоровление связано с открытием доступа в систему новой информации и иных точек зрения, благодаря чему специфические когнитивные схемы становятся более эластичными и проницаемыми.

Задавая вопросы, терапевт делает базисные убеждения предметом дискуссии. Процедура состоит из: 1) выяснения аргументов пациента в пользу его депрессивных убеждений; 2) поиска данных в пользу противоположной точки зрения. Как и в сократических диалогах, задача состоит в отыскании «правды» с помощью высказывания противоположной позиции по данному вопросу.

Другой важный подход к проверке валидности убеждений пациента использует эмпирическую демонстрацию. Для двух сотрудничающих сторон (терапевта и пациента) реально создать такую экспериментальную ситуацию, в которой базисные убеждения или посылки могут быть проверены, и ответ получен сразу же. Мы провели исследование аналога этой процедуры с определенным экспериментальным заданием, а также применили клинические производные данной экспериментальной парадигмы в технике «Оценка ранжированных заданий». Успех резко повышал результативность деятельности группы больных в депрессивном состоянии, а неуспех повышал результативность деятельности недепрессивных групп больных (*Lewinsohn*, 1971).

Согласно нашим экспериментальным данным, депрессивные больные положительно реагируют на успешный или улучшающийся результат деятельности, что дает терапевту в руки ключ для когнитивного переструктурирования. Сообщение пациенту конкретной, позитивной текущей информации о его результатах оказывает мощное воздействие на его Я-концепцию и ожидания. Склонность депрессивных больных к позитивным сверхобобщениям после экспериментального «успеха» свидетельствует о том, что их негативные когнитивные установки поддаются коррекции. Терапевтическое применение этого результата предполагает концентрацию внимания пациента на его специфических когнитивных искажениях и демонстрацию их низкой валидности. Достигнув такой когнитивной реорганизации с помощью бихевиоральной техники или техники интервью, пациент может ощутить быстрое ослабление всех симптомов депрессии.

В следующих разделах главы будут описаны различные подходы к специфическим проблемам (мишеням). Для большей ясности сначала представим краткое описание этих техник.

Составление расписания занятий вместе с клиентом

Поскольку пациент считает себя неспособным к продуктивной деятельности, очень важно вовлечь его в деятельность, чтобы он мог убедиться в большей собственной продуктивности. Расписание занятий само по себе помогает пациенту структурировать свой день. Поскольку депрессивные больные зачастую сопротивляются попыткам сделать их более «занятыми», необходимо задействовать различные стимулы. Например, объяснить, что повышение активности может до некоторой степени ослабить отрицательные эмоции.

Распределение заданий, ранжированных по сложности

Цель этого метода заключается в том, чтобы создать больному ситуацию серийного успеха. Поэтому его иногда называют «терапией успехом». Терапевт начинает с самого простого задания, зная способности пациента. Работая вместе, терапевт и пациент разрабатывают и другие виды занятий по принципу нарастания их сложности и длительности. Например, депрессивная домохозяйка может начать с простейшего вида хозяйственной работы – сварить яйцо. По мере приобретения опыта преодоления и успеха, она может приступить к приготовлению мяса.

Терапия «мастерством и удовольствием»

Сущность этого вида терапии состоит в том, чтобы пациент сохранял общее представление обо всех своих занятиях и помечал пометкой «М» каждое хорошо выполненное действие и пометкой «У» каждое приятное событие. Цель процедуры заключается в устранении своеобразной «слепоты» депрессивных больных к ситуациям успеха и их готовности забывать ситуации, в которых они получали некоторое удовлетворение.

Когнитивная переоценка

Как ранее отмечалось, когнитивная терапия использует множество техник, основной способ воздействия которых заключается в модификации ошибочных способов мышления. Данная техника преимущественно состоит из выявления типичных для индивида когнитивных процессов и отношений. Затем терапевт и пациент проверяют валидность этих мыслительных процессов. Для этого необходимо пройти, по меньшей мере, 7 ступеней:

1) выявление причинно-следственной зависимости между депрессивными когнитивными установками и переживанием печали;

2) выявление зависимости между когнитивными процессами и мотивацией (например, между стремлением к избеганию и суицидальными импульсами);

3) исследование депрессогенных когнитивных установок;

4) проверка, оценка и модификация этих установок;

5) выявление сверхобобщений, произвольных умозаключений и дихотомического мышления;

6) выявление глубинных когнитивных установок;

7) проверка, оценка и модификация глубинных когнитивных установок.

Альтернативная терапия

Метод состоит из двух различных подходов.

1) Учет альтернативного опыта. У депрессивных больных отмечается систематический сдвиг к негативному полюсу при интерпретации событий. Учитывая другие возможные интерпретации, пациент получает способность осознать этот сдвиг и выработать более точные интерпретации.

2) Учет альтернативных способов справляться с ситуативными и психологическими проблемами. В ходе обсуждения способов пациент находит решение проблем, которые раньше казались ему неразрешимыми. Он может также понять, что то решение, которое он считал неприемлемым, вполне жизнеспособно и может вывести его из тупика.

Когнитивная репетиция

Эта техника применяется для того, чтобы выявить трудности, мешающие больному выполнять целенаправленную деятельность. Воображая шаг за шагом, как он приступает к какому-либо занятию, пациент получает возможность сообщить в самоотчетах о специфических помехах, которые он предвидит, и конфликтах, которые при этом возникают. Эти «блокады» действий в дальнейшем могут стать предметом дискуссий.

Домашние задания

Из введения становится очевидным, что КТ требует серьезной работы вне терапевтического часа. Домашние задания даются на каждой сессии. В целом, пациенты и сами ждут, что им предложат выполнить определенные задания, которые нейтрализуют депрессивную симптоматику. Кроме того, обычно пациент сопротивляется пресечению автоматических мыслей. Существует специальное домашнее задание (специальная техника для работы с автоматическими мыслями): в одну колонку записываются соображения с отрицательным смыслом, а в другую – рациональные соображения.

Специфические проблемные области и рекомендуемые терапевтические техники отражены в таблице 1.

МИШЕНИ КОГНИТИВНОЙ МОДИФИКАЦИИ

Мишень:
инертность, стремление к избеганию, утомляемость

Специфические для депрессии пассивность и обессиленность (ослабленность) исторически рассматривались как явления нейрофизиологического происхождения. Однако многочисленные исследования и клинические наблюдения показывают, что пациент становится более активным и продуктивным, когда терапевт или психолог-экспериментатор стимулируют его мотивацию (*Loeb et al*., 1971; *Friedman*, 1964). Для таких пациентов специально разработана техника «расписание занятий», которая снимает выраженную заторможенность.

Рационально продуманная активирующая программа имеет массу преимуществ. Некоторые из них таковы.

а) Меняется Я-концепция больного. Он начинает смотреть на себя как на более умелого и способного.

б) Он отвлекается от болезненных депрессивных мыслей и переживаний, направляя свое внимание на занятия.

в) Реакция окружающих на больного становится более позитивной. Обычно «значимые» другие благотворно подкрепляют конструктивную деятельность больного.

г) Возможен сдвиг в эмоциональном реагировании. Больной начинает испытывать радость по поводу своих занятий и лучше себя чувствует.

Очень важно с самого начала создать мотивацию к деятельности. Необходимость деятельности должна иметь понятное обоснование для больного. Стимуляция указанной мотивации требует изрядной доли понимания и мастерства от терапевта. Всякий, кто работал с депрессивными больными, знает, что они зачастую прикладывают усилия, чтобы стать более активными. Более того, обычно их родственники и друзья с помощью лести увещевают или подталкивают их быть более активными. Эти попытки, как правило, бесплодны, так как сами пациенты и те, кто подталкивает их, не понимают психологии депрессии.

Для того, чтобы помочь пациенту мобилизоваться, терапевт должен, прежде всего, выявить причины его пассивности. Чтобы получить эту информацию, терапевт может рекомендовать пациенту определенное задание, которое ему явно по силам. Когда же пациент проявит сопротивление или неспособность реализовать данное предложение, терапевт должен детально расспросить его о причинах такого поведения. Эти «доводы» пациента в пользу своей пассивности должны рассматриваться, как гипотезы, которые следует проверить, разрабатывая специальную программу.

Обычно пациенты приводят в пользу пассивности, инертности и нежелания выполнять эту программу следующие доводы:

а) «бессмысленно пытаться»;

б) «я не смогу это сделать»;

в) «если я пытаюсь что-либо сделать, и не получается, я только хуже себя чувствую»;

г) «я слишком устал, чтобы предпринимать попытки что-то сделать»;

д) «гораздо легче просто сидеть».

Обычно пациенты воспринимают эти доводы в пользу безделья как вполне серьезные; и до тех пор, пока они не выскажут их, им не приходит в голову, что они могут быть ошибочными. Позже, когда терапевт реализует вместе с пациентом активизирующую программу, правильность этих доводов проверяется. Если пациент достигает намеченной цели, терапевт констатирует, что этот успешный опыт противоречит ошибочным утверждениям больного о том, что он, например, слишком слаб, чтобы что-либо сделать.

Прежде, чем приступать к реализации программы, необходимо выявить и обсудить смысл и коннотации симптома. Например, один из производных смыслов бездеятельности предполагает, что пациент «ленив». И он стремится придерживаться этой точки зрения, так же, как и окружающие его люди. В результате больной критикует себя, и

«значимые другие» тоже. Мобилизуя пациента к деятельности, терапевт помогает ему одержать победу над уничижительной самооценкой.

Следующая стадия когнитивно-бихевиорального подхода – это стимуляция интереса или любопытства пациента, так что он, по меньшей мере, сотрудничает с терапевтом, пытаясь реализовать простую программу. Эта цель может быть достигнута путем нового предъявления специфического задания с обоснованием данной процедуры и донесением до пациента идеи о том, что наименее болезненная альтернатива его плохому самочувствию – это в сотрудничестве с терапевтом приступить к какому-либо занятию. Когда пациент реагирует на стимул к сотрудничеству, можно применять целый спектр вербальных и когнитивных методов.

Поскольку у депрессивных больных наблюдается сильное стремление избежать повседневных занятий и прочные негативные убеждения, для терапевта важно дать пациенту понять, что он непреднамеренно разрушает себя и делает себя более жалким, слепо принимая свои деструктивные установки и регрессивные желания. Терапевту следует прямо или косвенно дать понять больному, что он почувствует себя лучше, если будет рассматривать свои убеждения как гипотезы.

Принципиально важно, чтобы терапевт, рассматривая саморазрушительные идеи пациента, задавал свои вопросы и высказывал мнения в неосуждающей манере, постоянно рефлексируя. Нельзя, чтобы создалось впечатление, будто он распекает больного и вынуждает его тем самым занимать оборонительную позицию. Депрессивные больные обычно реагируют на критику усугублением критического отношения к себе и пассивностью; поэтому терапевт должен обязательно выявлять реакцию пациента на свои замечания с тем, чтобы вовремя определить – не использует ли их пациент «против самого себя»?

Терапевт должен быть также бдительным к тому, чтобы его утверждения не выглядели как обычная агитация, демонстрирующая «мощь позитивного мышления». Ему следует четко обозначить, что вместе с пациентом он пытается точно сформулировать проблему пациента и отыскать средство для ее решения. Глобальные призывы «рассуждать и относиться к себе положительнее» редко помогают скорректировать необоснованное негативное мышление и лишь углубляют у больного переживания неуспеха.

После изложения своего прагматического подхода терапевт должен добиться от пациента выражения согласия или несогласия. Этот подход может показаться весьма неглубоким и поверхностным, и может возникнуть сомнение – будет ли он эффективен в борьбе с мощными регрессивными стремлениями пациента и его негативными идеями. Работая с депрессивными больными, я многократно поражался тому, в какой мере они принимают на веру свои нигилистические взгляды и желания избегать деятельности без какой-либо проверки. Подвергая эти закрытые установки проверке и рассмотрению, терапевт дает пациенту

возможность модифицировать их. Главная цель данной программы – обучить пациента отслеживать собственные негативные мысли без вмешательства терапевта. Если пациент понимает, как эти автоматические мысли губительны для него, он может спонтанно начать борьбу с ними. В дальнейшем пациент может сам их корректировать и вырабатывать более адекватную, рациональную реакцию.

Некоторые из вопросов и утверждений, которые мне кажутся полезными в обучении пациента тому, как проверять и оспоривать собственные убеждения, приведены ниже. Терапевту следует не просто задавать риторические вопросы, а давать пациенту время для ответа на каждый вопрос.

Пациент (П.): Бесполезно и пытаться.

Терапевт (Т.): Вы уже поняли, что пассивностью ничего не добьешься. Вы были бездеятельны в течение долгого времени и теперь знаете, что не стали чувствовать себя лучше. Что же вы теряете, если попытаетесь вести себя иначе?

П.: Если я попытаюсь что-то делать, я буду чувствовать себя еще хуже.

Т.: а) Чувствовали вы улучшение в результате лежания?

б) Помогла ли вам пассивность (бездеятельность) чувствовать себя лучше к настоящему моменту?

в) Если пассивность вам до сих пор не помогла, есть ли основания полагать, что она сейчас вам поможет?

г) Пытаясь вести себя иначе, вы получаете шанс на улучшение. Не исключено, конечно, что вы можете почувствовать себя хуже, но одно несомненно: если вы будете продолжать лежать, как вы это делали до сих пор, надежда на улучшение очень мала.

д) Избегая деятельности, вы только критикуете себя и называете себя ленивым, беспомощным, никуда не годным. Вы уже поняли, что ничегонеделание усугубляет ваше критическое отношение к себе. Вы становитесь жертвой болезненных мыслей и переживаний.

П.: Я не могу этого сделать.

Т.: а) А как вы можете быть в этом абсолютно уверены, пока вы не попытались?

б) Если вы будете заниматься этим хотя бы короткое время, вы сможете с этим справиться.

П.: Я слишком устал (или болен), чтобы пытаться.

Т.: Начав, вы можете убедиться в том, что продолжать легче, чем это вам кажется. Вы можете убедиться в том, что вы не столь уж и устали, чтобы продолжать. Для того, чтобы сдвинуть поезд с места, требуются тонны угля, а чтобы он продолжал двигаться – его требуется совсем немного.

Когда терапевт в состоянии преодолеть сопротивление пациента и привлечь его интерес, он переходит к следующему этапу терапевтической

программы. Задача терапевта состоит не просто в создании когнитивного диссонанса, но в том, чтобы всякое преимущество, возникшее в дискуссии, немедленно подкреплялось действием.

Терапевтическая программа может состоять из следующих шагов:

а) предложить пациенту определенное задание;

б) выслушать доводы, которые он приводит против предлагаемого;

в) попросить пациента взвесить убедительность его доводов (или негативных установок);

г) указать пациенту, почему эти доводы (или установки) самодеструктивны и ложны;

д) стимулировать интерес пациента к тому, чтобы попытаться выполнить предлагаемое;

е) подать задание таким образом, чтобы выполнение могло служить проверкой правильности его убеждений. Таким образом, успешное выполнение задания будет противоречить предположению больного о том, что он не способен справиться с ним;

ж) после успешного опыта указать пациенту на то, что хороший результат противоречит его самоуничижительным предсказаниям;

з) рассмотреть вместе с пациентом «конструктивные» установки, предложенные терапевтом ранее. В дальнейшем пациент может сам использовать эти формулировки в борьбе с негативными мыслями и установками;

и) обучить пациента выявлению негативных мыслей, их оспориванию и отысканию рациональной замены им. Эта техника осваивается с помощью следующего домашнего задания.

Пациент заполняет на листе бумаги 3 колонки: а) ситуация, вызвавшая неприятные чувства; б) автоматические мысли отрицательного содержания; в) корректирующие реакции на эти мысли.

Следующий случай может служить примером того, как вовлечь пациента в деятельность, которая изначально кажется ему противоестественной.

> Пациент – 52-летний мужчина – провел в госпитале около года, не вставая с постели. Он получал мощные дозы антидепрессантов; никакого улучшения не отмечалось. Я имел с больным только одну встречу. Пациент сидел в кресле около постели. После представления и общих приветствий беседа складывалась так:
>
> **Т.:** Как я понял, вы не отходите от постели уже долгое время. Почему?
>
> **П.:** Я не могу ходить.
>
> **Т.:** Почему же?... Разве ваши ноги парализованы?
>
> **П.:** (возбужденно) Конечно, нет! Просто у меня нет сил.
>
> **Т.:** А что будет, если вы попробуете пройтись?
>
> **П.:** Я думаю, что упаду.

Т.: А что бы вы мне ответили, если бы я сказал вам, что вы способны дойти до любого места в госпитале?

П.: Я бы сказал, что Вы сумасшедший!

Т.: Может, проверим это?

П.: Что проверим?

Т.: Сумасшедший ли я?

П.: Пожалуйста, не беспокойте меня.

Т.: Вы сказали, что вы думаете, будто не можете ходить. Многие депрессивные люди убеждены в этом. Но когда они предпринимают попытку, то оказывается, что у них получается гораздо лучше, чем они ожидали.

П.: Я знаю, – я не могу ходить!

Т.: Как вы думаете, – вы сможете сделать несколько шагов?

П.: Нет, ноги откажут.

Т.: Предлагаю пройти вам отсюда до двери (*около 5 ярдов*).

П.: А что будет, если я не смогу?

Т.: Я подхвачу Вас.

П.: Но я действительно слишком слаб, чтобы проделать это.

Т.: Позвольте, я поддержу вашу руку. (*Больной делает несколько шагов с поддержкой терапевта. Затем он проходит указанные 5 ярдов без помощи. Самостоятельно он возвращается и к своему креслу.*)

Т.: Вы справились лучше, чем предполагали.

П.: Я вижу.

Т.: Как насчет того, чтобы дойти до конца коридора (*около 20 ярдов*)?

П.: Я точно знаю, у меня нет сил ходить так далеко.

Т.: Как вам кажется, – как далеко вы можете пройти?

П.: Может быть, до следующей комнаты (*около 10 ярдов*).

Пациент с легкостью доходит до следующей комнаты, а затем и до конца коридора. Терапевт продолжает ставить перед ним определенные цели и выяснять его реакции на них. После успешного выполнения каждого задания предлагается все большая дистанция.

За 45 минут пациент обрел способность свободно обходить палату. Таким образом, он смог вознаградить себя за повышение активности возможностью выпить газированной воды из автомата. В дальнейшем он расширил круг своей деятельности; теперь он был в состоянии дойти до любой точки госпиталя, и тем самым получить удовольствие от различных рекреационных занятий. Через несколько дней он уже играл в пинг-понг, ходил в больничный буфет, и менее чем через неделю уже гулял по территории госпиталя, радуясь цветам, кустарникам и деревьям. Другой автоматически полученной наградой было одобрение, которое ему высказывали персонал госпиталя и больные. Пациент стал отзываться о себе в более положительных тонах и разрабатывать конкретный план выписки из госпиталя. Этой цели он достиг через месяц.

Этот случай иллюстрирует возможность прорыва через негативные убеждения больного. После успеха его взгляд на себя меняется – от представлений о себе как о больном, слабом, недостойном до представления о себе как о деятельном, способном добиться удовлетворения. Если у пациента не обнаруживается указанного сдвига в самоотношении и ожиданиях, необходимо обратить его внимание на то, что действительный результат его деятельности противоречит его негативному взгляду на себя и, следовательно, заслуживает более положительного отношения.

В более сложных случаях терапевт должен помнить, что негативные мысли будут сопровождать каждый шаг пациента. Он должен быть, соответственно, подготовлен к их преодолению. Например, пациенту дали задание привести в порядок свой фонограф. Еще планируя этапы выполнения этой задачи, пациент был обуреваем обескураживающими мыслями (например: «Я не смогу найти отвертку»). Эти мысли выражались больным вслух и обсуждались («Где обычно вы храните свою отвертку?»). После дискуссии, удачно закончившейся пресечением этих деструктивных мыслей, был предпринят следующий шаг в реализации задания, и опять обсуждались вновь возникшие автоматические мысли. В результате когнитивной репетиции пациент обрел способность реализовать план и, таким образом, не только испытать удовлетворение от выполненного задания, которое он ранее считал неосуществимым, но и чувство удовольствия от прослушивания записей.

Мишень:
безнадежность и суицидальные намерения

Когда расспрашиваешь больного о том, почему он хочет покончить с собой, он, как правило, дает следующие ответы: а) «нет смысла жить; мне не к чему стремиться»; б) «я чувствую себя настолько никчемным, что это единственный выход»; в) «я – обуза для семьи, и я могу помочь им, только устранившись»; г) «будущее беспросветно»; д) «я не могу достичь ничего из того, чего мне хочется, так какой же смысл в очередной раз пытаться?»

Отметим, что все эти установки, очевидно, связаны с переживанием безнадежности. Пациент обычно полагает, что он находится в абсолютно неразрешимой жизненной ситуации, из которой нет другого выхода, кроме самоубийства. Если суть суицидального намерения сводится к безнадежности, можно употребить целый спектр методов, чтобы убедить пациента в следующем: а) существуют альтернативные интерпретации его жизненной ситуации и различные интерпретации его будущего; б) существуют другие выходы, чем тот тупиковый, который он избрал.

Мы называем такой подход «альтернативной терапией». При этом терапевт не должен рассматривать доводы пациента в пользу суицида как единственного имеющегося у него средства избежать несчастья или невыносимой жизненной ситуации. Пациент, как правило, представляет себе альтернативные решения, но считает их бесполезными. Терапевт должен пересмотреть эти альтернативы вместе с пациентом. Зачастую

пациент принимает решение о самоубийстве, так как пришел к выводу о том, что ему нельзя помочь или его жизненную ситуацию нельзя изменить. Проверкой этих базисных убеждений у пациента можно создать нужный перевес в балансе жизнеохранительных и самодеструктивных намерений.

Девочка-подросток сообщила нам о том, что будущее представляется ей мрачным, и она серьезно задумывается о самоубийстве. В качестве причины самоубийства она выдвигала тот факт, что чувствовала себя несчастной все детство, а ведь «детство считается самым счастливым периодом жизни». Таким образом, будущее рисовалось ей как увеличение несчастья по мере взросления. В беседе с ней я показал, что большинство людей, которых я знаю, во взрослом состоянии были счастливее, чем в детстве. Она сильно удивилась, услышав это. Девочка также считала будущее бесперспективным для себя, так как ей казалось, что она не сможет соответствовать тем высоким стандартам, которые она сама установила для себя в художественном творчестве. Она пришла в изумление, когда я указал ей, что громадное большинство людей не могут даже провести прямой линии, и, тем не менее, вполне счастливы. В результате девушка поняла, что ей необходимо придерживаться более гибких стандартов. Более того, она смогла увидеть, что весьма неразумно расширять свои субъективные суждения о собственных результатах до сверхобобщений о смысле жизни. Я также показал ей, что она идентифицировала себя со своей работой. Таким образом, получалось, что если неудачна работа, то она – тоже неудачница.

После этой единственной беседы она отказалась от своих заблуждений. Несколькими годами позже она рассказала мне, что переживания безнадежности и суицидальные намерения не возвращались к ней.

Расспрашивая целенаправленно, но в дружеской форме, терапевт может привести пациента к осознанию несовместимости некоторых его убеждений. В первую очередь, беседа должна убедить пациента рассматривать свои взгляды как гипотезы, подлежащие проверке, а не как неоспоримую реальность или неопровержимые факты.

Примером того, как пациент пришел к осознанию логической несовместимости ряда своих убеждений, может служить следующая беседа с женщиной, которая недавно совершила суицидальную попытку и собиралась ее повторить. Ей казалось, что после измены ее мужа ее ничего не ожидает в будущем. Терапевтическая техника изложена ниже.

Т.: Почему вы хотели покончить с жизнью?

П.: Без Раймонда я – ничто... Я не могу быть счастливой без Раймонда... Но я не в силах спасти наш брак.

Т.: Каков был ваш брак?

П.: Наш брак был несчастливым с самого начала... Раймонд был всегда неверен мне... Последние 5 лет я не могла видеть его.

Т.: Вы говорите, что не сможете быть счастливой без Раймонда... А были ли вы счастливы с ним?

П.: Нет, мы все время ссорились, я плохо себя чувствовала.

Т.: Вы говорите, что без Раймонда вы – ничто. До того, как вы его встретили, ощущали ли вы себя ничем?

П.: Нет, я чувствовала себя личностью.

Т.: Если вы были личностью до того, как встретили Раймонда, то почему сейчас, чтобы быть ею, вам нужен он?

П.: (озадаченно) Гм-м-м...

Т.: Были ли у вас приятели до знакомства с Раймондом?

П.: Я пользовалась успехом.

Т.: Почему же вы думаете, что вы не будете пользоваться им сейчас, без Раймонда?

П.: Потому что я неспособна привлечь никакого другого мужчину.

Т.: Кто-нибудь из мужчин проявлял к вам интерес, когда вы были замужем?

П.: О! Множество мужчин кружились около меня, но я игнорировала их.

Т.: Если вы свободны, как вы думаете, может ли мужчина заинтересоваться вами, зная, что вы примете его ухаживания?

П.: Может быть, я полагаю.

Т.: А возможно ли, что вы найдете мужчину более постоянного, чем Раймонд?

П.: Не знаю, – наверное, возможно.

Т.: Вы говорите, для вас непереносима мысль о расторжении брака. Верно ли, что вы просто не могли видеть мужа последние 5 лет?

П.: Да, это так. Я видела его всего 2 раза в год.

Т.: Есть ли у вас какая-нибудь возможность оставаться с ним вместе?

П.: Нет... У него другая женщина. Он не хочет быть со мной.

Т.: Что же вы теряете, если расторгнете брак?

П.: Не знаю...

Т.: Может быть, вам станет лучше, если придет конец вашему союзу?

П.: Нет гарантии этого.

Т.: Были ли вы по-настоящему замужем?

П.: Думаю, нет.

Т.: А если у вас не было настоящей семьи, что же вы реально теряете с разрывом?

П.: (после долгой паузы) Ничего.

После разговора пациентка приободрилась и, казалось, преодолела суицидальный кризис. В следующей беседе она сообщила, что ее

потрясла мысль о том, как она могла быть «ничем» без Раймонда, когда она была вполне счастливой и адекватной личностью до знакомства с ним. Затем она развелась и стала вести более стабильную жизнь.

В данном случае альтернативная терапия была основана на оспоривании следующих ошибочных убеждений пациентки: а) для того, чтобы быть счастливой, деятельной и идентичной себе, ей необходим муж; б) конец брака будет концом ее жизненного пути, это будет невосполнимая потеря; в) у нее не будет дальнейшей жизни без мужа. Пациентка смогла убедиться в ошибочности своих взглядов и постепенно поняла, что у нее есть другая возможность, нежели сохранять мертвый брак или совершать самоубийство. Реалистические альтернативы деструктивным действиям, специфические для каждого случая, должны быть указаны терапевтом.

Роль безнадежности как ключевого фактора серьезных суицидальных попыток высвечена многочисленными систематическими исследованиями (*Minkoff*, *Bergman*, *Beck and Beck*, 1973; *Lester*, *Beck*, 1975; *Beck*, *Kovacs*, *Weissman*, 1975; *Wetzell*, 1976). Значение непосредственного фокусирования психотерапевта на причинах суицида, которые указывает пациент, также продемонстрировано в систематическом исследовании (*Kovacs*, *Beck*, *Weissman*, 1975).

Применяя альтернативную терапию, терапевт должен иметь в виду тот факт, что пациент имеет богатый запас пессимизма, отторгающий любую из предлагаемых конструктивных альтернатив. До тех пор, пока пациент рассматривает имеющиеся у него возможности в негативной, искаженной форме, терапевт не должен обольщаться его поверхностным согласием с предлагаемым планом. Выбор суицида как средства избегания трудности зачастую основан на нереалистической оценке (или прогнозе) других способов (например, лечения, госпитализации, отпуска, временного отсутствия).

Мишень:
самокритика и самообвинение

Депрессивный больной вместе с другими людьми пытается установить причину своих проблем. В свете своих представлений о причинности такой больной склонен в качестве причины своих трудностей рассматривать самого себя. Это мнение он может доводить до абсурдной крайности: когда ему говорят, что самообвинение неадаптивно, он обвиняет себя в том, что обвиняет себя. Самокритика принимает форму утверждения типа «Я плохой, я неудачник по своей вине». Разумеется, такие мысли лишь усугубляют плохое самочувствие пациента.

Когнитивный подход к коррекции самообвинений ставит первоочередной задачей обучение пациента осознанию непрерывного потока мыслей самообвинительного содержания. Обычно это не представляет трудности, так как после мыслей такого рода пациент хуже себя чувствует. Таким образом, всякий раз, как он ощущает приступ

дисфории, ему нужно только проиграть назад свои мысли, чтобы уловить критические соображения в собственный адрес.

На следующем этапе необходимо повысить объективность пациента по отношению к себе. Этот шаг принципиально важен, так как больной, как правило, убежден в оправданности своих суждений. Согласно одному подходу, пациенту можно задать вопрос типа: «Предположим, я бы совершил ошибку, такую же, как и вы. Стали бы вы меня презирать за это?»

Поняв, что он не стал бы столь строго судить другого человека, пациент может осознать преувеличенный характер критики в собственный адрес. Больные, страдающие неглубокой или средней глубины депрессией, могут убедиться в деструктивности самообвинений после следующего высказывания психотерапевта: «Как вы думаете, каков был бы результат моих действий, если бы кто-то стоял за моим плечом и постоянно их оценивал или критиковал? Сами того не желая, вы совершаете то же самое. В результате вы не только плохо себя чувствуете, но и не можете адекватно справиться с делом. Вы стали бы свободней и удачливей, если бы игнорировали эти самооценочные комментарии».

Процесс сбора объективных данных против иррациональности и деструктивности самокритики в отдельных случаях можно ускорить с помощью ролевой игры. Например, терапевт играет роль такого пациента, каким он себя видит – ни к чему не годного, неспособного, слабого. Больному предоставляется роль нетерпимого критика, который вербально атакует «пациента» за малейшее проявление чувства вины. Опытный терапевт может так сыграть свою роль, чтобы продемонстрировать больному произвольность и искаженность его умозаключений. Если же пациент соответственно подготовлен к роли критика, он моментально изживает обвинения и осознает надуманность своих негативных суждений. Прямым способом воздействия на самообвинения и самокритику может стать обучение пациента отслеживать автоматические мысли, предшествующие переживаниям несостоятельности. Пациент приобретает навык оспоривать валидность этих мыслей и вырабатывать более обоснованную оценку себя. Техника «тройных колонок», описанная ранее, дает больному возможность заострить внимание на негативных мыслях и понять, почему они ошибочны или неадаптивны. Такое домашнее задание способствует укреплению стратегий, вырабатываемых в ходе терапевтического интервью.

Мишень:
тоскливый аффект (душевная боль)

Душевная боль при депрессии зачастую весьма интенсивна; необходимо как можно скорее смягчать переживания тоски и другие аффективные расстройства. Депрессивные больные часто жалуются, что ни один из привычных для них источников удовольствия более не приносит радости. Придерживаясь терминологии Costello (1972), можно сказать, что у пациента произошла «утрата эффективности

подкрепления». С помощью многочисленных техник можно заставить пациента испытывать жалость к себе, плакать или неподдельно веселиться. Эти эмоции могут помочь в смягчении тормозящего (дословно «замораживающего») аффекта. Такое «размораживание» представляет собой одну из наиболее существенных техник в терапии глубоких депрессивных состояний. Открытое выражение отрицательных эмоций с помощью вербализации или плача иногда снижает их интенсивность, делает пациентов более живыми, помогает им ощутить себя «более целостной личностью». (Конечно, некоторые пациенты чувствуют себя хуже после эмоционального отреагирования; такие методы следует применять осторожно).

Когда больной плачет, он может почувствовать симпатию к себе. Таким образом, его когнитивная установка с самоуничижения и самоотрицания меняется на симпатию и жалость. Симпатия к себе уже исключает когнитивную установку на самообвинение.

Аналогом чувства жалости к себе может быть сопереживание персонажам в кино. У зрителей набегают слезы и вырываются всхлипывания, потому что они тревожатся за несчастливого героя. Аналогично этому, переживая чувство жалости к себе, депрессивные больные становятся менее самокритичными (*Efran*, 1973). Этот процесс можно ускорить с помощью нескольких техник. Так, рассказ о другом несчастливом человеке со сходными проблемами, с которым больной может идентифицироваться, часто пробуждает у больного чувство симпатии. Техника драматизации (например, ролевая игра), в которой терапевту отводится роль депрессивного пациента, также может помочь изменить когнитивную установку с критической на симпатизирующую.

Некоторые терапевты владеют навыком вызывать изумление. Такую реакцию терапевт может вызвать, подчеркивая комические аспекты ситуации. Некоторые депрессивные больные, не реагирующие на обычные виды юмора, все же сохраняют чувствительность к иронии. Смех же служит временным противоядием печали, так как он порождает когнитивную установку, несовместимую с самообвинением и смертельно серьезным пессимизмом.

При неглубоких депрессиях и депрессиях средней глубины выражение гнева во внешнем плане может вызвать сдвиг эмоциональности к положительному полюсу. Возможно, это обусловлено переменой когнитивной установки с самообвинения на обвинение других. Возможно также, что, выражая гнев, индивид ощущает себя более продуктивным. Гнев не только более приятен, чем тоска; он имеет такие последствия, как ощущения собственной силы, превосходства и одаренности. Модулированное выражение гнева зачастую служит верным средством управлять поведением других людей или видоизменять его.

Таким образом, выражение гнева имеет когнитивные последствия: пациент воспринимает самого себя в более выгодном свете. Тем не менее, открытое выражение гнева зачастую осуждается больными; оно может

также провоцировать на ответные реакции и других людей; таким образом, оно не является надежным средством выздоровления.

Наконец, с помощью специальных техник можно повысить порог возникновения дисфории у пациента. Например, терапевт и другие значимые лица могут отвлечь больного от переживания печали, занять его каким-либо интересным делом. Выбор этого занятия не должен быть случайным; он требует совместного планирования и значительного мастерства. Терапевт может также обратить внимание больного на то, что сознательное игнорирование отрицательных эмоций повышает порог душевной боли. Терапевт может также указать пациенту на тот факт, что отрицательные эмоции обычно достигают некоего пика, а затем их интенсивность снижается. Когда отрицательные эмоции возросли до стадии пика, пациент может ожидать, что в дальнейшем они ослабнут. Способность предвосхищать временный отдых от дисфории уменьшает чувство беспомощности и собственной уязвимости. Ожидание даже кратковременного перерыва делает душевную боль легче переносимой.

Терапия «мастерством и удовольствием». Другая серьезная мишень – это недостаток чувства удовлетворения. «Утрату эффективности подкрепления» можно объяснить теоретически; в силу негативных когнитивных установок больному трудно наделять положительным смыслом свой опыт. Тем не менее, клинические данные свидетельствуют о том, что депрессивные больные характеризуются большим опытом приятных переживаний, чем они воспроизводят при воспоминаниях, в самоотчетах при расспросе (*Rush*, *Khatami*, *Beck*, 1975). Селективность воспроизведения обусловлена следующим убеждением больного: «Я больше никогда и ничему не буду радоваться». Это убеждение поддерживается неуспехом больного в попытках интегрировать приятный опыт. Таким образом, его радости кратковременны, а подавляемые воспоминания состоят только из неприятного. Когда же пациент приучается систематически записывать события дня и ранжировать их по степени принесенного ими удовольствия, как правило, оказывается, что у больного гораздо больше приятных переживаний, чем он ожидал.

Для повышения чувствительности больного к эмоционально положительным переживаниям используется несколько техник. Для того, чтобы припомнить приятные события, можно привлечь значимых для больного лиц из его окружения. Например, мы получили данные о том, что супруг может сообщить о приятных событиях, которые больной в свое время относил к радостным, и которые в настоящее время не может вспомнить без посторонней помощи. Припоминание во время беседы значительно повышает настроение больного (*Rush*, *Khatami*, *Beck*, 1975). Согласно другой технике, пациенту дается инструкция вести почасовую запись своих дневных занятий. Мы просили пациентов оценивать эти занятия в соответствии со степенью полученного от них удовольствия, а также уровня проявленного умения. Мы обнаружили, что когда пациенты осознают количество реально пережитых удовольствий и проявленных

умений, они начинают испытывать более продолжительное чувство удовлетворения. Распознавание, маркировка и воспроизведение такого опыта особенно существенны для повышения у пациента чувства собственной компетентности и способности к преодолению. Пытаясь справиться с мучительными проблемами, больной мобилизует свои возможности совладания. Если же он может затем интегрировать опыт успешных действий с помощью техник систематической регистрации, у него может утвердиться более положительный образ «Я». Данная техника, направленная на закрепление опыта умений, может осуществляться в рамках программы ранжированных по сложности заданий.

Так, оторванный от внешнего мира аутичный студент в сотрудничестве с терапевтом составил список заданий в соответствии с их возрастающей сложностью или стрессогенностью. Например, на неделю он составил следующий план заданий в порядке возрастания их трудности: а) купить книги для курсов лекций в книжном магазине; б) ежедневно заниматься в библиотеке по одному часу; в) поболтать по телефону с несколькими старыми друзьями; г) наметить в общих чертах не выполненную к сроку статью; д) собрать необходимые для статьи литературные данные; е) написать первый набросок статьи.

Хотя эти замыслы кажутся банальными, их успешное выполнение представляло для пациента первую серию триумфов, и он впервые за долгое время испытал удовлетворение.

Привнести в жизнь больного еще большее удовольствие терапевт может с помощью составления списка видов деятельности, которые до депрессивного состояния радовали больного, но которые он забросил. Левинсон (*Lewinsohn*, 1974) с помощью компьютера отбирал 10 видов занятий, которые наиболее значимо коррелировали с хорошим настроением пациента, и затем поощрял пациентов увеличением времени терапевтических занятий пропорционально времени, проведенному за этим приятными занятиями. Таким образом, он использовал терапевтическое время как вознаграждение за повышающийся уровень активности.

«Вознаграждение» за участие в выполнении ранжированных по сложности заданий может осуществляться другом или родственником, которые хвалят и одобряют больного за успешное выполнение заданий (*Gatherole*, 1972). Эксплицитное самоподкрепление может также усиливать воздействие техники ранжированных по сложности заданий. Пациент может подкреплять сам себя, помечая отметкой «А» каждую достигнутую цель (*Rush*, *Khatami*, *Beck*, 1975), символически вознаграждая себя любимым занятием или определенным количеством покерных фишек (*Jackson*, 1979).

Зачастую помогает руководство пациентом в рассмотрении истории его жизни и сосредоточение особого внимания на переживаниях успеха и удовольствия. Пациент так же, как и терапевт, иногда бывает сильно удивлен, обнаружив, что до депрессии он вел относительно успешную и

приятную жизнь. Однако из-за своей глобально негативной когнитивной установки больной может исключать положительные переживания в реконструкции прошлого.

Эпизоды прошлого, связанные с мастерством и удовольствием, могут быть оживлены с помощью специальных техник воображения. Например, пациенту дается инструкция представить определенные положительно окрашенные эпизоды так, как будто они имеют место в настоящем; так, больной может вновь пережить приятную эмоцию, заключенную в актуальном событии. Другая техника воображения также противодействует склонности пациента истолковывать события как неприятные. Техника «временной проекции» (*Lazarus*, 1968; *Beck*, 1970) используется для того, чтобы включить актуальную травмирующую ситуацию в более широкую перспективу. Пациенту дается инструкция: когда он печалится по поводу актуальной ситуации, ему надо мысленно представить ее себе как отрезок прошлого. Когда проблема представляется с позиций будущего, она зачастую сокращается до адекватных пропорций.

Несмотря на то, что техники, стимулирующие фантазию, применимы не в каждом случае депрессии, они зачастую действенны. В отдельных случаях повторное воображение травмировавшего события может ослабить связанный с ним дистресс. В других случаях ожидания несчастий в будущем могут быть редуцированы до реальных пропорций с помощью повторяемой визуализации предвосхищаемого события (*Beck*, 1967).

Мишень:
преувеличение внутренних требований

Многих депрессивных пациентов обуревает чувство переполненности каждодневными жизненными трудностями. Обязанности, которые воспринимались ими с интересом в предшествующий депрессии период, в настоящее время кажутся им непосильной ношей. Некоторые пациенты до такой степени чувствуют себя раздавленными это ношей, что самоубийство представляется им единственным выходом. В ходе обсуждения этих проблем пациенту становится ясно, что он значительно преувеличивал их значение и важность. С помощью рационального исследования пациент может вновь обрести перспективный взгляд и затем приступить к определению того, что и как ему делать. Обычно терапевту приходится брать на себя руководство пациентом в составлении списка его обязанностей, установлении первоочередных и выработке подходящего способа действия.

Поскольку выполнение плана может быть блокировано деструктивными мыслями, терапевту следует применить один из способов когнитивной репетиции, описанный выше, для их подавления. Например, депрессивную домохозяйку парализует мысль о необходимости делать покупки в магазине. После составления списка покупок терапевт предлагает ей пофантазировать о том, как она идет в супермаркет.

Проигрывая сцену в воображении, она поняла, что нерешительность каждый раз загоняла ее в тупик в ситуации выбора. Обнаружилось, что эта нерешительность была следствием постоянной мысли о возможном ошибочном решении. Когда эти внутренние сомнения стали предметом терапевтических занятий, у пациентки развилась способность фантазировать об удачной покупке каждого предмета из списка. Она почувствовала себя более оптимистичной и вскоре добилась успеха в реальности.

*Перевод **Н.Г.Гаранян***

Таблица 1

Мишени психотерапии депрессий

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ОБЛАСТИ	ОБЪЯСНЕНИЯ, ПРИВОДИМЫЕ ПАЦИЕНТОМ	ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ПОДХОД
I. Поведенческие симптомы Пассивность Оторванность от внешнего мира Избегание	1. Слишком слаб или утомлен. 2. Пытаться бессмысленно. 3. Почувствую себя хуже, если начну действовать. 4. Потерплю неудачу в любом деле, которое попытаюсь сделать.	А. Пробные вопросы: Что вы теряете, если попытаетесь? Приводит ли пассивность к чему-то хорошему? Будете чувствовать себя хуже, если останетесь пассивным. Откуда вам это известно? Б. Расписание занятий. В. Ранжированные по сложности задания. Г. Когнитивная репетиция
II. Суицидальные намерения	1. Нет смысла жить. 2. Я слишком несчастлив, я должен уйти. 3. Я обуза для других. 4. Я не могу справиться с насущными проблемами.	А. Раскрыть амбивалентность. Расспросить о доводах в пользу смерти. Перечислить доводы в пользу жизни. Б. Альтернативная терапия. Альтернативный взгляд на проблемы. Альтернативные действия. В. Редуцировать проблему до поддающихся управлению единиц.
III. Чувство безнадежности	1. Ничего не изменится. 2. Те же причины,	А. Эмпирическая демонстрация ошибочности негативных

	что и при суицидальных намерениях.	предсказаний. Б. Расспросить о «причинах».
IV. Утрата удовлетворения	1. Не могу ничему радоваться. 2. Не испытываю чувства удовлетворения. 3. Занятия не имеют никакого смысла.	А. Устранить «шоры». Б. Применить терапию «мастерством и удовольствием»: искать удовольствия и отмечать их в дневнике. В. Исследовать смысл и характер целей. Г. Противодействовать мыслям, убивающим радость.
V. Самообвинения, самокритика, ненависть к себе	1. Я – ущербный, слабый и т.д. 2. Мне следовало бы быть более компетентным. 3. Я в ответе за все проблемы.	А. Выявить и опровергнуть критические и самообвиняющие мысли по отношению к себе. Б. Ролевая игра: сочувствие к себе. В. Дискуссия на тему: «Тирания долженствований». Г. Техника тройных колонок.
VI. Душевная боль (тоскливый аффект)	1. Я не могу прекратить боль. 2. Ничто не может улучшить моего самочувствия.	А. Отвлечение. Б. Повысить порог с помощью игнорирования аффекта. В. Противодействовать с помощью юмора, гнева. Г. Стимулировать воображение (погружение в приятные воспоминания). Д. Техника тройной колонки.
VII. Преувеличение внутренних требований к себе. Ощущение загруженности проблемами	1. Я перегружен. 2. Мне нужно так много сделать, мне с этим не справиться.	А. Разложение проблемы на составные части: а) составить список дел; б) установить первоочередные; в) отметить выполненные задания; г) конкретизировать внутренние проблемы и

		работать с ними. Б. Когнитивная репетиция.

ЛИТЕРАТУРА

Beck A.T. (1967) Depression: Clinical, Experimental and Theoretical Aspects. New-York: Harper and Row.

Beck A.T. (1970c) Role of fantasies in psychotherapy and psychopathology. J. of Nerv. Ment. Dis., 150: 3-17.

Beck A.T., Kovacs M., Weissman A. (1975) Hopelessness and suisidal behavior. An overview, JAMA, 234: 1136-1139.

Costello C.G. (1972) Depression: Loss of reinforces or loss of reinforcer effectiveness Behav. Ther., 3: 240-247.

Efran J.S. (1973) Self-criticism and psychotherapeutic exchanges. Mimeographed paper.

Ellis A. (1958) Reason and emotion in Psychotherapy. New-York: Lyle Stuart.

Friedman A.S. (1964) Minimal effects of severe depression on cognitive functioning, J. Abnorm and Soc. Psychol., 69: 237-243.

Jackson B. (1972) Treatment of depression by self-reinforcement. Behav. Ther., 3:298-307.

Kelly G. (1955) The psychology of Personal Constructs. New-York: Norton.

Lazarus A. (1968) Learning theory and the treatment of depression. Behav. Res. Ther., 6: 83-89.

Lester D., Beck A.T. (1975) Suicidal intent, medical lethality of the suicide attempt, and components of depression. J. Clin. Psychol., 31: 11-12.

Lewinsohn P.M. (1974b) Clinical and theoretical aspects of depression. In: Innovative treatment Methods in Psychopathology, ed. K.Calhom, H.Adams & K.Mitchel. New-York: Wiley, p.63-120.

Loeb A., Beck A.T., Diggory J. (1971) Differential effects of success and failure on depressed and nondepressed patients, J. Nerv. Ment. Dis., 152: 106-114.

Maultsby M.C. (1968) The pamphlet as a therapeutic aid. Rational living, 3: 31-35.

Minkoff K., Bergman E., Beck A.T., Beck R. (1973) Hopelessness, depression and attemted suicide. Amer. j. Psychiatr., 130: 455-459.

Push A.J., Khatami M., Beck A.T. (1975) Cognitive and behavioral therapy in chronic depression. Behav. Ther., 6: 398-404.

Wetzel R.D. (1976) Hopelessness, depression, and suicide intent. Arch. Gen. Psychiatr., in press.